

3 Gesundheitssysteme

Als Gesundheitssystem bezeichnet man die Gesamtheit der Einrichtungen, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit einzelner Menschen und die der gesamten Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen sowie Krankheiten vorzubeugen. Gesundheitssysteme können sehr verschieden organisiert und finanziert werden. Üblicherweise unterscheidet man Sozialversicherungsmodelle von nationalen Gesundheitsdiensten. Viele Gesundheitssysteme haben Elemente aus beiden Organisationsmodellen übernommen. In diesem Kapitel vergleichen wir zuerst die Organisation, die Kosten und die Qualität der Gesundheitssysteme verschiedener Länder und diskutieren dann ausführlich die Situation in der Schweiz und in Deutschland. Dabei beleuchten wir die Rolle, die der Staat in den jeweiligen Gesundheitssystemen übernimmt und betrachten die Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie Kosten, Vergütung und Finanzierung der Leistungen. Ein zentraler Aspekt im Hinblick auf die Qualität der Gesundheitssysteme ist die Patientensicherheit, mit der wir uns abschließend beschäftigen.

Schweizerische Lernziele: CPH 4, CPH 21–26

3.1 Einführung

Matthias Egger

3.1.1 Definition und Ziele

Das Gesundheitssystem oder Gesundheitswesen umfasst in einem Land alle staatlichen und privaten Einrichtungen, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit einzelner Menschen und die der gesamten Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen sowie Krankheiten vorzubeugen. Zu den Bereichen des Gesundheitswesens gehören also Gesundheitsförderung und Prävention ebenso wie die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie die Rehabilitation von kranken und verunfallten Menschen. Im weiteren Sinne können auch gesundheitsbezogene Forschung, pharmazeutische Industrie und Medizintechnik zum Gesundheitssystem eines Landes mit hinzu gerechnet werden.

In den Industrienationen ist das Gesundheitssystem ein volkswirtschaftlich überaus wichtiger Beschäftigungszweig. So ist in Großbritannien der staatliche National Health Service (NHS, s. u.) der größte Arbeitgeber im Land. In Deutschland und der Schweiz zählt das Gesundheitswesen zu den wichtigsten Arbeitgebern im Dienstleistungssektor.

Wesentliche Ziele und Qualitätskriterien eines Gesundheitssystems sind:

- *Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit:* Die erbrachten Leistungen sollen wirksam sein und zeitgerecht erbracht werden.

- *Bedarfsgerechtigkeit und Zweckmäßigkeit:* Die Leistungen sollen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten sein.
- *Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit:* Die hieraus entstehenden Kosten sollen tragbar und durch die erzielten Ergebnisse gerechtfertigt sein.
- *Chancengleichheit und Fairness:* Der angebotene Grundkatalog an Leistungen soll unabhängig von Einkommen und Status allen Menschen offen stehen.

3.1.2 Organisationsmodelle

Die Gesundheitssysteme westlicher Industrienationen lassen sich idealtypisch in zwei Gruppen einteilen:

- *Sozialversicherungsmodell:* Dieses Modell wird nach Reichskanzler Otto von Bismarck (1815–1898), der die Sozialversicherung in Deutschland in den 1880er Jahren als Folge der durch die Industrielle Revolution auftretenden sozialen Spannungen einführte, auch als *Bismarck-Modell* bezeichnet. Das zentrale Organisationsmerkmal sind Versicherungskassen, die einen eigenständigen rechtlichen Status haben und sich selbst verwalten. In der Regel handelt es sich dabei heute um Pflichtversicherungen, die über einkommensabhängige Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert werden. Versichert sind nicht nur die Arbeitnehmer selbst, sondern auch ihre Familienangehörigen sowie Arbeitslose und Rentner. In Deutschland gehören hierzu die Kranken-, die Pflege- und die Unfallversicherung, in der Schweiz sind es Kranken- und Unfallversicherung. Die schweizerische Krankenversicherung stellt allerdings einen Sonderfall dar, weil sie nicht durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert wird, sondern durch individuelle Beiträge und Prämien, die nicht einkommensabhängig sind. Auch Familienangehörige, Arbeitslose und Rentner müssen sich selbst versichern. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Personen, die in bescheidenen Verhältnissen leben, sind die zu zahlenden Prämien jedoch geringer.
- *Nationaler Gesundheitsdienst:* Dieses Modell wird nach dem Ökonomen Sir William Beveridge (1879–1963), der 1942 die Schaffung eines nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien vorschlug, auch *Beveridge-Modell* genannt. Sein Plan wurde nach dem Ende des 2. Weltkrieges mit der Gründung des *National Health Service* (NHS) umgesetzt. Das Gesundheitssystem wird vom Staat betrieben und über Steuern finanziert. Im Gegensatz zum Sozialversicherungsmodell liegen die Verantwortung für die Finanzierung und die Leistungserbringung somit in derselben staatlichen Hand. Die Bevölkerung hat kostenlosen Zugang zu den staatlich organisierten medizinischen Einrichtungen. Allerdings beteiligen sich die PatientInnen über Selbstbehalte und Konsultationsgebühren in unterschiedlichem Maße an den entstehenden Kosten. Zudem haben Wartelisten und Rationierungen dazu geführt, dass die Bedeutung privater Zusatzversicherungen in einigen Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst zugenommen hat.

Heute gibt es in den meisten Industrienationen Gesundheitssysteme, die Aspekte aus beiden Organisationsmodellen übernommen haben. Sie mischen öffentliche und private Finanzierung sowie öffentliche und private Leistungserbringung. Tab. 3.1 fasst die Situation in ausgewählten europäischen Ländern und den USA zusammen.

Tab. 3.1: Ausgewählte Merkmale der Gesundheitssysteme verschiedener europäischer Länder und der USA mit einer Bewertung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO.

Land	Organisation der Finanzierung	Selbstbeteiligung an den Kosten	Organisation der Leistungserbringung	Rang*
Frankreich	Sozialversicherung	Mittel	Ambulant privat; stationär überwiegend öffentlich	1
Italien	Nationaler Gesundheitsdienst	Hoch	Überwiegend privat	2
Spanien	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Mittel	Überwiegend öffentlich	7
Niederlande	Obligatorische Versicherung mit Kopfpauschale	Gering	Überwiegend privat	17
Großbritannien	Nationaler Gesundheitsdienst	Gering	Überwiegend öffentlich	18
Schweiz	Obligatorische Versicherung mit Kopfpauschale	Hoch	Ambulant privat; stationär teils öffentlich, teils privat	20
Belgien	Sozialversicherung	Hoch	Ambulant privat; stationär teils öffentlich, teils privat	21
Schweden	Nationaler Gesundheitsdienst	Gering	Überwiegend öffentlich	23
Deutschland	Sozialversicherung	Mittel	Ambulant privat; stationär teils öffentlich, teils privat	25
USA	Freiwillige Privatversicherung und staatliche Fürsorge	Hoch	Überwiegend privat	37

* Bewertung von Wirtschaftlichkeit und Qualität des Gesundheitssystems laut Weltgesundheitsorganisation WHO (WHO World Health Report 2000. *Health Systems: Improving Performance*)

In den **USA** ist die Situation besonders komplex. Hier wird die Krankenversicherung von vielen Menschen als private Angelegenheit der BürgerInnen betrachtet. Es besteht keine Versicherungspflicht. Als Folge hiervon sind 16 % der mehr als 300 Millionen EinwohnerInnen in den USA nicht versichert (s. Web-Abb. 3.1.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Aufgrund des *Emergency Medical Treatment and Labor Act* (EMTALA) müssen Krankenhäuser allerdings jeden Patienten versorgen, der als Notfall eingeliefert wird. Etwa 55 % der US-BürgerInnen sind durch ihren Arbeitgeber privat krankenversichert. Hier teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die anfallenden Prämien. Weitere 25 % der US-amerikanischen Bevölkerung haben Zugang zu *Medicare* und *Medicaid*. Medicare ist eine staatliche Krankenversicherung für Betagte und Behinderte, Medicaid ein Gesundheitsfürsorgeprogramm für bedürftige Menschen. Die beiden staatlichen Institutionen kommen für fast die Hälfte aller im amerikanischen Gesundheitssystem anfallenden Kosten von medizinischen Leistungen auf. Abgerechnet werden diese Leistungen aufgrund von *Fallpauschalen* oder DRGs (**Diagnosis Related Groups** = diagnosebezogene Fallgruppen).

Falls die von Präsident Obama am 23. März 2010 unterschriebene Gesetzesvorlage (*Patient Protection and Affordable Care Act*) alle juristischen Hürden nimmt, wird das

Gesundheitswesen der USA in den nächsten Jahren grundlegend reformiert. Ziel ist, die Anzahl der nicht versicherten Menschen deutlich zu reduzieren. Bereits heute können privaten Krankversicherungen in den USA Versicherungswillige nicht mehr aufgrund von bestehenden Erkrankungen oder Risikofaktoren ausschließen. Bis vor kurzem wurden bei den 60- bis 64-Jährigen noch mehr als 30 % der AntragstellerInnen aus diesen Gründen abgelehnt.

In den *Low-income*-Ländern steht der Aufbau von Gesundheitssystemen mit einer starken *Primary-Health-Care*-Komponente (s. Kap. 9.3) im Vordergrund. Aktuell gibt es in vielen dieser Länder nur schwach entwickelte staatliche Gesundheitsdienste. Die Versorgung der Bevölkerung geschieht punktuell durch nichtstaatliche Organisationen (z. B. in Missionskrankenhäusern) sowie in ländlichen Gebieten über Gesundheitsstationen, die mit Krankenschwestern oder -pflegern besetzt sind, und über traditionelle HeilerInnen und Hebammen. In den großen Städten mit Krankenhäusern und SpezialärztInnen werden auch private Gesundheitsdienstleistungen angeboten. Im Krankheitsfall sind oft Direktzahlungen für Medikamente, Arztbesuche und medizinische Maßnahmen zu leisten, was viele Menschen davon abhält, diese in Anspruch zu nehmen. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung (z. B. Beamte oder Angehörige des Militärs) ist krankenversichert. In den *Middle-Income*-Ländern sind die staatlichen Gesundheitsdienste oft besser aufgestellt, aber auch hier gibt es noch nicht überall eine flächendeckende, qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung (s. auch Kap. 9.1 und Kap. 9.2).

3.1.3 Kosten und Qualität im internationalen Vergleich

Für die Mitgliedsländer der *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (OECD) werden die Ausgaben der Gesundheitssysteme standardisiert erfasst. Die aktuellen OECD-Daten (2009) zeigen, dass die Gesundheitsausgaben in den USA – wie schon in früheren Jahren – mit 17,4 % des Bruttoinlandprodukts an erster Stelle stehen, während die Ausgaben hierfür in Großbritannien, Italien und Spanien weniger als 10 % des Bruttoinlandprodukts betragen (Abb. 3.1). In Europa gehören Deutschland und die Schweiz zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten. Pro Kopf gaben die US-Amerikaner im Jahr 2009 kaufkraftbereinigt 7.956 \$ für ihr Gesundheitssystem aus, in Spanien waren es 3.067 \$, in Deutschland 4.218 \$ und in der Schweiz 5.144 \$.

In den meisten OECD-Ländern verursachen staatliche Finanzierungsträger durch direkte Finanzierung von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen sowie über staatliche Versicherungen den größten Teil der Ausgaben. Der Privatsektor umfasst die privaten Krankenkassen und Direktzahlungen der Haushalte (*Out of Pocket Payments*; z. B. zahnärztliche Behandlungen⁸). Im Allgemeinen ist die private Finanzierung im Bereich der ambulanten Leistungen von größerer Bedeutung als im stationären Bereich. Dabei spielen z. B. in den USA die privaten, freiwilligen Krankenversicherungen eine wichtige Rolle, während in der Schweiz die privaten Haushalte besonders belastet werden.

Im Jahr 2007 entfielen in Deutschland und der Schweiz 60 bis 70 % der Gesundheitsausgaben auf kurative Leistungen und Rehabilitationsleistungen. Die übrigen 30 bis 40 % der Gesundheitsausgaben betrafen die Bereiche Langzeitpflege, Medikamente und medizinische Hilfsmittel, Prävention und Verwaltung. Für organisierte öffentliche

⁸ In der Schweiz werden zahnärztliche Behandlungen nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen.

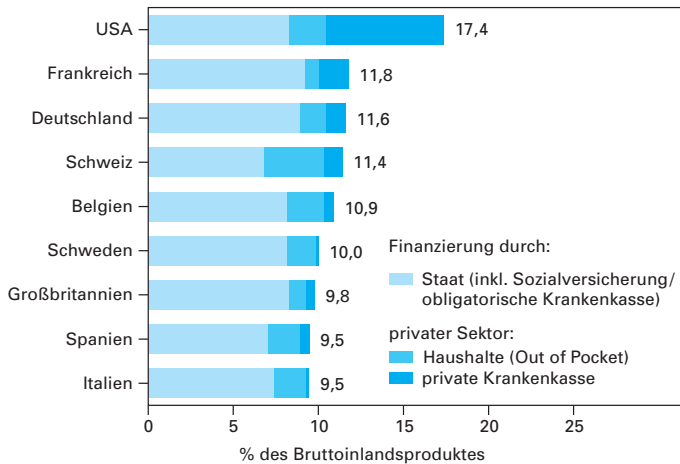


Abb. 3.1: Gesundheitsausgaben in verschiedenen europäischen Ländern und den USA, gemessen am Bruttoinlandsprodukt und unterschieden nach Finanzierungsträgern (2009) (Quelle: OECD Health Data 2009. <http://stats.oecd.org>).

Gesundheits- und Präventionsprogramme wurden 2007 in Deutschland nur 3,7 % und in der Schweiz nur 2,3 % der Gesundheitsausgaben aufgewendet.

Wichtige Determinanten der Gesundheitsausgaben sind die Altersstruktur und der Gesundheitszustand einer Bevölkerung, die Prävalenz von Risiko- (z. B. Rauchen) und Schutzfaktoren (z. B. gesunde Ernährung), die verfügbaren Ressourcen (z. B. die Dichte von Fachärzten) sowie das ärztliche Verordnungsverhalten und die Inanspruchnahme von Leistungen durch die PatientInnen. In allen OECD-Ländern haben die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, im Zeitraum von 1997 bis 2007 um durchschnittlich 4,1 % pro Jahr. Anders als in anderen OECD-Ländern fiel der Anstieg in Deutschland (Zunahme um jährlich 1,7 %) und der Schweiz (2,3 %) jedoch geringer aus.

Im Jahr 2000 nahm die Weltgesundheitsorganisation WHO einen Vergleich der *Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme* ihrer 191 Mitgliedsländer vor, der als *World Health Report 2000* publiziert wurde.

Hierin wurden sechs Kriterien definiert, nach denen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme beurteilt wurde.

- Gesundheitszustand der Bevölkerung (gemessen als durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren bei guter Gesundheit)
- Ausmaß der Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Eingehen auf die Bedürfnisse der Bevölkerung (Patientenorientierung, z. B. freie Arztwahl oder zeitgerechte Behandlung)
- Ausmaß der Ungleichheiten in der Patientenorientierung
- Verteilung der finanziellen Lasten (Finanzierungsgerechtigkeit, gemessen am Verhältnis zwischen dem Haushalteinkommen und den Ausgaben der Haushalte für Gesundheit)
- Höhe der Ausgaben für Gesundheit

Bei der Gesamtwertung wurden Gesundheitszustand, Patientenorientierung und Finanzierungsgerechtigkeit zu den Ausgaben in Beziehung gesetzt. Einschränkend muss dazu bemerkt werden, dass die Bewertungen der WHO aufgrund mangelnder objektiver Daten oft durch eine Expertenkommission vorgenommen wurde. Der WHO-Bericht erregte einiges Aufsehen, nicht zuletzt weil die Gesundheitssysteme einiger Länder schlechter abschnitten als erwartet. Deutschland kam in der Gesamtwertung nur auf Platz 25, die Schweiz landete auf Platz 20 und die USA auf Platz 37 (Tab. 3.1). Der erste Platz wurde von Frankreich, der letzte Platz von Sierra Leone eingenommen. Es gibt unterschiedliche Gründe für die wenig schmeichelhaften Gesamtwerte für Deutschland und die Schweiz. Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung wurde als eher schlecht eingestuft. Darüber hinaus wurde hier auch eine ausgeprägte Ungleichheit im Gesundheitsniveau der Bevölkerung festgestellt. Die Ausgaben waren in Deutschland hoch, die Finanzierungsgerechtigkeit hingegen gut. In der Schweiz wurde die Finanzierungsgerechtigkeit aufgrund der einkommensunabhängigen, hohen Belastung der Haushalte als niedrig bezeichnet. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung war gut, die Gesundheitskosten hoch. Die Patientenorientierung wurde in beiden Ländern als sehr gut eingestuft.

Die OECD erfasst auch regelmäßig die *Qualität der medizinischen Versorgung* anhand bestimmter Indikatoren. Bei chronischen Erkrankungen wird die Qualität der medizinischen Versorgung z. B. anhand der Rate der vermeidbaren Hospitalisationen bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung oder der Rate der vermeidbaren Amputationen der unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus erfasst. Beobachtet werden auch die Versorgung bei akuten Erkrankungen (z. B. anhand der 30-Tage-Letalitätsrate nach einem akuten Herzinfarkt, s. a. Kap. 2.1.2), bei psychischen Erkrankungen (z. B. anhand der Rate der nicht geplanten Rehospitalisierungen bei PatientInnen mit Schizophrenie), bei Krebserkrankungen (z. B. anhand der Teilnahme an Screeningprogrammen für Gebärmutterhals- und Brustkrebs oder der Sterberaten bei häufigen Krebsarten) und bei Infektionskrankheiten (z. B. anhand der Durchimpfungsraten bei Kindern). Weder die Schweiz noch Deutschland belegten bei den OECD-Indikatoren Spitzenplätze. Sie bewegen sich auch hier eher im Mittelfeld. Web-Abb. 3.1.2 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt beispielhaft die Situation für den Indikator „Letalität innerhalb von 30 Tagen nach akutem Herzinfarkt“ in verschiedenen OECD-Ländern. Die Schweiz liegt mit 8,1 % etwas unter dem OECD-Durchschnitt von 10,2 %, Deutschland mit 11,9 % darüber.

3.2 Das schweizerische Gesundheitssystem

Matthias Egger

Ein Kernmerkmal des schweizerischen Gesundheitssystems ist seine föderalistische Struktur mit den drei Ebenen *Bund*, *Kantone* und *Gemeinden*. Die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsversorgung liegt dabei primär bei den Kantonen. Diese Situation – ein kleinräumiges Land mit 26 kantonalen Gesundheitssystemen und hoher Gemeindeautonomie – führt in vielen Bereichen zu einer Zersplitterung und zu Überschneidungen. Die Schweiz tut sich daher schwer mit einer nationalen *Gesundheitspolitik*, so z. B. bei der Schaffung von Schwerpunkten im Bereich der Transplantationsmedizin und der so genannten Spitzenmedizin.

Im Jahr 1996 wurde die *obligatorische Krankenpflegeversicherung* (OKP, Tab. 3.2) eingeführt. Es handelt sich um eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung.

Tab. 3.2: Ausgewählte Merkmale der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Versicherungspflicht

- Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innerhalb von 3 Monaten bei einem Versicherer ihrer Wahl versichern.
- ArbeitnehmerInnen können auf die Unfalldeckung verzichten, wenn sie am Arbeitsplatz gegen Unfall versichert sind.

Auflagen an Versicherer

- Die Versicherer nehmen alle Versicherungswilligen in die OKP und die freiwillige Taggeldversicherung auf. Ein Gewinn ist nicht gestattet.
- Sie beteiligen sich am Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Dieser beruht auf Alter und Geschlecht der Versicherten sowie einem Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr.
- Sie können innerhalb der OKP Prämienrabatte aufgrund höherer Franchisen (bis max. 2.500 CHF, s. Fußnote 11) oder eingeschränkter Wahlmöglichkeiten (HMO oder Hausarztmodelle, s. Web-Box 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage) anbieten.
- Sie können freiwillige Zusatzversicherungen mit Gewinnorientierung anbieten, wobei Versicherungswillige abgelehnt oder Vorbehalte angebracht werden dürfen.
- Sie sind verpflichtet, Gesundheitsförderung zu betreiben.

Prämien

- Die Höhe der Prämien wird kantonal geregelt. Sie ist risiko- und einkommensunabhängig und wird jedes Jahr für jede Prämienregion und 3 Altersgruppen neu festgelegt. Die Altersgruppen sind: Kinder (ab Geburt bis 18 Jahre); junge Erwachsene (19.–25. Lebensjahr); Erwachsene.
- Die Höhe der Prämien unterscheidet sich zwischen den Kantonen z.T. erheblich: Erwachsene bezahlen 2012 im Kanton Basel-Stadt z.B. durchschnittlich 500 CHF monatlich (inkl. Unfallversicherung), im Kanton Nidwalden dagegen nur 292 CHF.
- Prämienverbilligungen für wirtschaftlich Schwächere (das sind etwa 30 % der Versicherten) werden durch Bund und Kantone finanziert.

Identischer Katalog von Leistungen

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflege (ambulant, zu Hause [Spitex], stationär in einer allgemeinen Abteilung einer auf der Spital- oder Pflegeheimliste aufgeführten Einrichtung).
- Leistungen auf der Basis von laufend aktualisierten Listen der kassenpflichtigen Medikamente (Spezialitätenliste, SL), der Mittel und Gegenstände (MiGEL) und der Analysen (AL).
- Ausgewählte präventive Maßnahmen: Impfungen, 8 Untersuchungen im Vorschulalter, bei Frauen ein Cervix-Abstrich alle 3 Jahre, Mammografie im Rahmen von Screening-Programmen.
- Zahnärztliche Leistungen werden nur in Ausnahmefällen übernommen.

Bedingungen für Kostenübernahme

- Die Maßnahmen sind wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich. Sie erfolgen auf ärztliche Verordnung und mit detaillierter Rechnungsstellung nach dem betreffenden Tarif (z.B. TARMED).

Kostenbeteiligung

- Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten in Form einer Franchise und eines Selbstbehalts.
 - Die Franchise beträgt für Erwachsene 300 CHF pro Kalenderjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.
 - Der Selbstbehalt beträgt 10% der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem Maximalbetrag von jährlich 700 CHF (Erwachsene) oder 350 CHF (Kinder).
-

Die Versicherten können dabei zwischen etwa 80 privaten Versicherern wählen. Wie in den Niederlanden erfolgt die Finanzierung über einkommensunabhängige *Kopfprämien*. Die Leistungen werden, ähnlich wie in den Ländern mit Sozialversicherungssystemen (z. B. in Deutschland), durch öffentliche und private Anbieter erbracht. Derzeit sind verschiedene Reformen des Schweizer Gesundheitssystems im Gang.

3.2.1 Rolle und Funktion des Staates

Die **Kantone** verfügen über weitgehende Rechte und Pflichten im Gesundheitsbereich. Sie können die Bundesbestimmungen durch kantonale Ausführungsgesetze ergänzen und sind im Vollzug der gesetzlichen Vorgaben autonom. Zu ihren vielfältigen Aufgaben gehören die Sicherstellung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung, die Finanzierung oder Subventionierung von Einrichtungen, die Verbilligung der Prämien der OKP, die Ausbildung und Zulassung in den Gesundheitsberufen, die Prävention und Gesundheitsförderung, die Lebensmittelkontrolle, die Giftkontrolle und der Umweltschutz (Tab. 3.2). Das politische Koordinationsorgan der kantonalen Gesundheitsdirektionen ist die *Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen* (GDK). Sie fördert die Zusammenarbeit unter den Kantonen sowie zwischen den Kantonen und dem Bund oder anderen wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens. Die von den **Gemeinden** übernommenen Aufgaben variieren je nach Gemeindegröße und werden oft im Verbund mit Nachbargemeinden wahrgenommen. Die Gemeinden beteiligen sich an der Gesundheitsversorgung durch den Betrieb von Pflegeheimen, die Organisation der spitalexternen Pflege zu Hause (*Spitex*) und den koordinierten Sanitäts- und Rettungsdienst.

Wichtige Aufgaben des **Bundes** sind die Überwachung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, die Aufsicht über die im Gesundheitswesen aktiven Versicherungen, die Überwachung der Arzneimittel und Medizinalprodukte sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus übernimmt der Bund Aufgaben in den Bereichen Bildung, Forschungsförderung und Statistik. Für die meisten dieser Belange ist das *Bundesamt für Gesundheit* (BAG) zuständig. Die Verantwortung für die Zulassung und Kontrolle von Medikamenten (inkl. Impfstoffen und Blutprodukten) liegt beim Heilmittelinstitut *Swissmedic*. Das *Bundesamt für Statistik* (BFS) erhebt Daten zum Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und erstellt daraus Statistiken. Es ist darüber hinaus für die alle fünf Jahre stattfindende, repräsentative *Schweizerische Gesundheitsbefragung* verantwortlich und führt in Zusammenarbeit mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Bern und Zürich auch eine nationale Kohortenstudie (*Swiss National Cohort*) durch. Das *Gesundheitsobservatorium* (obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen, die Gesundheitsdaten nutzerfreundlich aufbereitet und analysiert.

Aufgabe der Stiftung *Gesundheitsförderung Schweiz* ist es, Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Prävention anzuregen und diese dann zu koordinieren und zu evaluieren. Sie wird durch einen Zuschlag von derzeit 2,40 CHF pro Jahr auf den Beitrag jedes/r Versicherten zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert. Ihre derzeitigen Schwerpunkte liegen in den Bereichen „gesundes Körpergewicht“ und „Gesundheitsförderung bei der Arbeit“. Auch die *Schweizerische Unfallversicherungsanstalt* (SUVA), die rund 1,8 Mio. Berufstätige gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten und außerberufliche Unfälle versichert, arbeitet in ihrem Gebiet präventiv. Zudem en-

Tab. 3.3: Aufgaben und Kompetenzen von Bund, Kantonen und Gemeinden im schweizerischen Gesundheitssystem.

Bund	Kantone
Versicherungen <ul style="list-style-type: none"> • Obligatorische Krankenversicherung, Mutterschaftsversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung • Freiwillige Taggeldversicherung, Krankenzusatzversicherungen 	Stationäre Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Betrieb von öffentlichen Spitälern • Betrieb von Alters- und Pflegeheimen (z.T. an Gemeinden delegiert) • Subvention von Privatspitälern
Überwachung <ul style="list-style-type: none"> • übertragbare Krankheiten • Betäubungsmittel • Lebensmittel • Radioaktive Strahlung • Forschung am Menschen 	Ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spitex und Sozialpsychiatrische Dienste • Praxisbewilligungen für ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, Hebammen
Medikamente und Medizinalprodukte <ul style="list-style-type: none"> • Zulassung und Kontrolle 	Bildung <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Fakultäten an den kantonalen Universitäten, Fachhochschulen
Bildung und Forschung <ul style="list-style-type: none"> • Akkreditierung der Gesundheitsberufe • Förderung und Koordination der Forschung 	Subvention der Haushalte <ul style="list-style-type: none"> • Verbilligung der Krankenversicherungsprämien für wirtschaftlich Schwache
Statistik <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsbefragung, Todesursachen etc. 	Gesundheitsförderung und Prävention
Gesundheitsförderung und Prävention <ul style="list-style-type: none"> • Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, Suchtprävention, HIV Prävention 	Gemeinden
	Stationäre Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Betrieb von Spitälern und Pflegeheimen
	Umwelt <ul style="list-style-type: none"> • Trinkwasserversorgung, Abwasserentsorgung, Müllbeseitigung
	Sanitätsdienst
	Gesundheitsförderung und Prävention

gagiert sich das *Bundesamt für Sport* (BASPO) in den Bereichen Gesundheitsförderung und Dopingprävention. Projekte in der Gesundheits- und Versorgungsforschung werden vom *Schweizerischen Nationalfonds* (SNF) gefördert, einer vom Bund finanzierten Stiftung zur Förderung der Forschung in allen wissenschaftlichen Disziplinen.

Wichtige **gesetzliche Grundlagen** im Bereich Gesundheitsschutz und Überwachung sind auf Bundesebene

- das *Epidemiengesetz* (s. Kap. 8.2.2)
- das *Lebensmittelgesetz* (LMG, s. Kap. 5.1.4)
- das *Umweltschutzgesetz* (USG, vgl. Kap. 5.2)
- die *Lärmschutz-Verordnung* (LSV, s. Kap. 5.3.5)
- die *Strahlenschutzverordnung* (s. Kap. 5.4.2)
- das *Arbeitsgesetz* (ArG, s. Kap. 6.1.2)

Der Versicherungsbereich wird u.a. durch das *Krankenversicherungsgesetz* (KVG; zuständig für die OKP und die freiwillige Taggeldversicherung, s. Tab. 3.3) und das *Unfallversicherungsgesetz* (UVG, s. auch Kap. 6.1.2) geregelt. Das *Medizinalberufegesetz* legt die erforderlichen Kompetenzen der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte in Form von Aus- und Weiterbildungszielen fest. Der schweizweit geltende Lernzielkatalog für das Medizinstudium beruht auf den in diesem Gesetz formulierten Zielen. Die Abgabe und Zulassung von Medikamenten und Medizinprodukten regelt das *Heilmittelgesetz* (HMG). Darüber hinaus befindet sich derzeit (2011) ein *Humanforschungsgesetz* (HFG) in Vernehmlassung⁹, das einheitliche Rahmenbedingungen für die Forschung am Menschen schaffen soll. Unter den Internet-Ressourcen finden Sie die Links zu den aktuell gültigen Gesetzestexten.

3.2.2 Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Ambulante ärztliche Versorgung

In der Schweiz erfolgt die ambulante ärztliche Versorgung vorwiegend durch niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen in privaten Praxen. In den letzten Jahren ist hier ein Trend von der Einzel- zur Gruppenpraxis zu beobachten. Im Jahr 2010 waren laut der Statistik des *Berufsverbandes der Schweizer Ärzteschaft FMH* 37 % der ÄrztInnen hauptberuflich im ambulanten Sektor in einer Doppel- oder Gruppenpraxis tätig. Zugenommen hat auch die Bedeutung der Spitalambulatorien (= Krankenhausambulanzen).

Die Krankenkassen der OKP sind verpflichtet, die Leistungen jedes niedergelassenen Arztes oder anderen zugelassenen Leistungserbringers zu vergüten (s. Kap. 3.2.3). Dieser Vertrags- oder *Kontrahierungszwang* und die damit verbundene uneingeschränkte *freie Arztwahl* ist eine viel diskutierte Besonderheit des Schweizer Gesundheitssystems. Gleichzeitig bestand bis Ende 2011 ein Zulassungsstopp für neue Arztpraxen (s. Web-Box 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Zahnärztliche Behandlungen werden von der OKP nur in Ausnahmefällen übernommen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung bedingt sind.

Im Jahr 2009 arbeiteten in der Schweiz etwa 15.900 frei praktizierend ÄrztInnen und 4.300 niedergelassene ZahnärztInnen. Bemerkenswert ist, dass etwa 60 % dieser ÄrztInnen SpezialistInnen sind; nur etwa 40 % sind in der Grundversorgung tätig. Die Städte weisen im Vergleich zu den ländlichen Bereichen eine mehr als dreimal so hohe Ärztedichte auf. In den letzten Jahrzehnten sank die Zahl der zu versorgenden EinwohnerInnen pro frei praktizierendem Arzt von 1.130 im Jahre 1970 auf 490 im Jahr 2009.

Arzneimittelversorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt in der Schweiz überwiegend durch etwa 1.700 öffentliche Apotheken (Stand 2009), die privatwirtschaftlich betrieben werden. In den

⁹ Als *Vernehmlassung* bezeichnet man in der Schweiz die Gesetzgebungsphase, in der die Kantone, die politischen Parteien und interessierten Kreise vom Bundesrat eingeladen werden, zu einem Vorentwurf eines neuen Gesetzes Stellung zu nehmen.

letzten Jahren haben Versandapotheken an Bedeutung gewonnen. Konkurrenz entsteht den Apotheken durch die etwa 3.500 selbstdispensierenden (SD) Ärzte¹⁰ mit eigener Praxisapotheke, wobei der Medikamentenverkauf durch SD-Ärzte je nach Kanton anders geregelt ist.

Für die Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Blutprodukten ist seit 2001 das Schweizerische Heilmittelinstitut *Swissmedic* verantwortlich. Die Abgabe dieser Substanzen an PatientInnen wird anhand von fünf Kategorien (A–E) unterschiedlich streng reglementiert:

- A: Einmalige Abgabe auf ärztliche Verschreibung (z. B. Opiate)
- B: Mehrmalige Abgabe auf ärztliche Verschreibung (z. B. Betablocker)
- C: Abgabe in Apotheken mit Beratung (z. B. Paracetamol)
- D: Abgabe in Apotheken oder Drogerien mit Beratung
- E: Abgabe ohne Beratung

Die Liste der zugelassenen Präparate vom 1. Dezember 2011 enthält in den fünf Abgabekategorien insgesamt fast 13.000 Produkte. Diese Zulassung ist Voraussetzung für die Aufnahme der Präparate in die Spezialitätenliste (SL) des Bundesamts für Gesundheit. Die Kosten der hier eingetragenen Präparate müssen von der OKP dann vergütet werden (*Positivliste*), wenn sie ärztlich verordnet wurden, unabhängig davon, ob es sich um ein verschreibungspflichtiges Medikament handelt oder nicht (Tab. 3.3). In der SL vom 1. Dezember 2011 sind etwa 9.300 Präparate gelistet.

Die *Leistungsorientierte Abgeltung* (LOA) basiert auf dem gleichnamigen Vertrag zwischen dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer (*santésuisse*) und dem Schweizerischen Apothekerverband. Sie ermöglicht es, das Einkommen der Apotheke vom Produktpreis zu entkoppeln und schafft damit Anreize, Originalpräparate durch Generika zu ersetzen und PatientInnen besser zu beraten.

Krankenhausversorgung

Die stationäre Krankenversorgung wird durch öffentlich-rechtliche Krankenhäuser (Spitäler) und privatrechtliche Institutionen gewährleistet. Privatrechtliche Spitäler können von den Kantonen subventioniert werden, wenn sie über eine Notfallstation verfügen und einen Teil ihrer Mittel für Lehre und Forschung einsetzen.

Laut Krankenhausstatistik des BFS gab es im Jahr 2009 in der Schweiz 314 Spitäler (186 öffentliche Spitäler und 128 Privatspitäler), während 1997 noch über 400 Betriebe gezählt wurden. Die Anzahl der dort Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) betrug im Jahr 2009 insgesamt 137.504 Personen. Hiervon entfielen 37 % auf das Pflegepersonal, 24 % auf anderes medizinisches Personal und 15 % auf ÄrztInnen und andere AkademikerInnen.

Die Web-Tab. 3.2.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt eine Klassifikation der Schweizer Spitäler (Stand: 2009). Zur Zentrumsversorgung zählen neben den fünf Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1) noch 24 andere große Betriebe (in der Regel

¹⁰ Unter *Selbstdispensation* versteht man in der Schweiz die Abgabe von Arzneimitteln durch ÄrztInnen.

Kantonsspitäler; Versorgungsniveau 2). Die allgemeinen Krankenhäuser der Grundversorgung werden entsprechend der Zahl der dort versorgten PatientInnen in drei Versorgungsstufen gegliedert (Versorgungsniveau 3, 4 und 5). Zu den Spezialkliniken gehören u. a. Rehabilitationskliniken und psychiatrische Kliniken. Privatspitäler sind v. a. kleinerer Allgemeinspitäler, chirurgische und psychiatrische Kliniken sowie Rehabilitationskliniken.

Ambulante und stationäre Pflege

Die spitalexterne Pflege (*Spitex*) ist ein wesentlicher Teil des schweizerischen Gesundheitssystems. Die meisten der etwa 580 Spitex-Organisationen sind als gemeinnützige Vereine organisiert. Laut Spitex-Statistik des BFS betreuten im Jahr 2009 knapp 29.000 MitarbeiterInnen (entsprechend 13.000 Vollzeitäquivalente) rund 214.000 KlientInnen und damit etwa 3 % der schweizerischen Bevölkerung. Etwa zwei Drittel der 13 Mio. Stunden, die für Pflege und Betreuung aufgewendet wurden, entfielen auf pflegerische Leistungen, ein Drittel auf den hauswirtschaftlichen Bereich. Achtzig Prozent der zu betreuenden Personen waren 65 Jahre und älter.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege gab es 2008 etwa 1.600 Pflegeheime, die zu 40 % privat und zu 31 % von der öffentlichen Hand betrieben wurden. Die übrigen 29 % der Pflegeheime waren privat organisiert, erhielten jedoch zusätzliche Subventionen. In den schweizerischen Pflegeheimen wurden insgesamt knapp 90.000 Langzeitplätze angeboten. Damit stand jedem vierten Einwohner über 80 Jahre ein Pflegeheimplatz zur Verfügung. Im Jahr 2008 arbeiteten in den Pflegeheimen 74.000 Beschäftigte (Vollzeitäquivalente).

Selbsthilfegruppen, Gesundheitsligen und das Rote Kreuz

Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von Betroffenen mit dem Ziel der Krankheits- und Problembewältigung und der gegenseitigen Unterstützung. In der Schweiz sind mehrere tausend Selbsthilfegruppen aktiv. Sie werden von der Dachorganisation „Selbsthilfe Schweiz“ unterstützt. *Gesundheitsligen* vertreten die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten, beraten und unterstützen Betroffene und engagieren sich in Prävention und Forschung. Beispiele hierfür sind die Krebs-, Lungen- und Rheumaligen, die Aids-Hilfe Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose. Dachverband der Gesundheitsligen ist die Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO). Zu den wichtigsten Aufgaben des *Schweizerischen Roten Kreuzes* (SRK), der nationalen Rotkreuzgesellschaft, gehören das Rettungs- und Sanitätswesen, der Blutspendedienst und die Förderung der Krankenpflege. Das SRK überprüft darüber hinaus die Bildungsgänge der nicht-universitären Gesundheitsberufe und registriert die Diplome. Unter dem Dach des SRKs befinden sich fünf Rettungsorganisationen (u. a. die Schweizerische Rettungsflugwacht REGA), der Blutspendedienst SRK mit 13 regionalen Diensten, die Humanitäre Stiftung SRK, 24 Kantonalverbände und die Geschäftsstelle. Finanziell unterstützt wird das Schweizerische Rote Kreuz vom Bund, den Kantonen und Gemeinden sowie von Mitgliedern und Gönnern.

3.2.3 Vergütungs- und Tarifsysteme

Ein wichtiges Merkmal der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP ist die *Kostenbeteiligung* in Form einer *Franchise*¹¹ und eines Selbstbehalts (Tab. 3.2). Dies gilt sowohl für ambulante und stationäre Leistungen als auch für die Langzeitpflege. Bei der Vergütung von ambulanten Leistungen gilt das Kostenerstattungsprinzip: Der Patient bezahlt die Rechnung, die Versicherung vergütet die Kosten (*Tiers garant*¹²). Bei stationären Leistungen gilt dagegen das Sachleistungsprinzip. Hier bezahlt die Versicherung die Rechnung direkt (*Tiers payant*¹³) und stellt dem Patienten die Kostenbeteiligung in Rechnung.

Ambulante ärztliche Leistungen in der Praxis und im Spital werden nach dem im Jahr 2004 eingeführten „TARMED“-Einzelleistungstarif vergütet, der etwa 4.600 Positionen ärztlicher und arztnaher Leistungen umfasst. Je nach Aufwand, Schwierigkeitsgrad und notwendigen Ressourcen wird jeder Leistung eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. In den Kantonen gelten unterschiedliche Taxpunktswerte (Kostengewichte). Sie werden jedes Jahr mit den Versicherungen neu ausgehandelt. Da es sich bei diesem Tarifsystem um ein „Fee for Service“-System handelt, birgt es den Nachteil der möglichen Mengenausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage. Für den Unterhalt und die Weiterentwicklung der Tarifstruktur ist die *TARMED Suisse* verantwortlich, eine von den Leistungserbringern (Ärzeschaft und Spitäler) und den Kostenträgern (Versicherungen) getragene Gesellschaft.

Kassenpflichtige Medikamente werden auf der Basis der *Spezialitätenliste* (SL) vergütet, Hilfsmittel und andere Gegenstände aufgrund der *Liste der Mittel und Gegenstände* (MiGEL), Laboranalysen im Rahmen der OKP aufgrund der *Analysen-Liste* (AL).

Die Einführung eines neuen Spitalfinanzierungs-Systems hat zur Folge, dass *stationäre Krankenhausleistungen* seit dem 1. Januar 2012 auf der Basis von Fallpauschalen (**Swiss-DRG**) vergütet werden. Hierzu gründeten Leistungserbringer, Versicherer und Kantone eine gemeinnützige Institution, die SwissDRG AG. Nach dem neuen Schweizer Fallpauschalen-System wird nun jeder Spitalaufenthalt anhand von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer von mehr als 1.000 Fallgruppen mit ähnlichen Behandlungskosten zugeordnet und pauschal vergütet.

Das Spital erhält diesen Betrag unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Dieses neue Tarifsystem soll die Transparenz und Vergleichbarkeit in der Spitalfinanzierung erhöhen und Leistungsanreize für die Spitäler setzen. Die bisherige Vergütung nach Tagespauschalen führte dazu, dass aufwändige Fälle zu niedrig und unproblematische Fälle eher zu hoch vergütet wurden. Um im neuen System zu verhindern, dass PatientInnen zu früh entlassen werden, müssen Spitäler einen Abschlag in Kauf nehmen, wenn diese kürzer als für ihre Erkrankung üblich im Spital verbleiben. Die Spitäler erhalten darüber hinaus keine zusätzliche Fallpauschale, wenn ein Patient innerhalb einer bestimmten Frist wegen der gleichen Erkrankung oder einer Komplikation wieder aufgenommen werden muss. Die neue Spitalfinanzierung definiert auch die Aufteilung der Kosten zwischen Kantonen und Krankenversicherungen neu. Die

¹¹ Wenn man in der Schweiz Leistungen aus der Krankenkasse bezieht, fällt eine Kostenbeteiligung (bis zur Höhe von derzeit 300 CHF/Jahr) an, die man als *Franchise* bezeichnet.

¹² *Tiers garant* (fr.): ein Dritter (= die Versicherung) bürgt

¹³ *Tiers payant* (fr.): ein Dritter (= die Versicherung) zahlt

Kantone sollen nun mindestens 55 % der Kosten tragen und die Krankenversicherungen höchstens 45 %.

Auch für die Vergütung der *ambulanten und stationären Langzeitpflege* (Spitex und Pflegeheime) gilt seit dem 1. Januar 2011 ein neues Finanzierungssystem. Wenn die ambulante Pflege ärztlich verordnet ist, übernimmt die OKP einen Teil der Kosten. Dieser Anteil ist abhängig von der Art der Leistung, die die Spitex erbringt. Derzeit sind es etwa 55 CHF/h für die Grundpflege, 65 CHF/h für Untersuchungen und Behandlungen und 75 CHF/h für Abklärung und Beratung. Verbleibende Kosten werden durch die KlientInnen selbst und durch die Gemeinden finanziert. Zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt müssen die KlientInnen pro Tag noch einen Beitrag von 8 CHF zu den Pflegekosten leisten. Die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex werden ihnen komplett in Rechnung gestellt.

In den *Pflegeheimen* bezahlt die OKP die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführten Leistungen (z.B. Abklärung des Pflegebedarfs, Verabreichung von Medikamenten, Versorgung von Wunden). Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit werden von der OKP darüber hinaus pro Tag zwischen 9 und 108 CHF gezahlt. Grundlage hierfür ist die Einteilung nach eine 12-stufigen Pflegebedürftigkeitsskala. Alle HeimbewohnerInnen müssen für 20 Prozent des OKP-Beitrags selbst aufkommen. Derzeit sind dies maximal 21,60 CHF pro Tag (20 % von 108 CHF) bzw. 7.884 Franken pro Jahr. Die restlichen Pflegekosten übernimmt bis zu einer festgelegten Obergrenze der Kanton. Nicht von der OKP gezahlt werden alle übrigen Kosten wie Betreuung, Verwaltung und Hotellerie (Unterbringung und Verpflegung). Dadurch können für die BewohnerInnen zusätzliche Belastungen in Höhe von mehreren tausend CHF pro Monat entstehen.

3.2.4 Finanzierung, Ausgaben und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem lagen im Jahr 2009 bei ca. 60,9 Mrd. CHF. Dies entspricht 7.833 CHF pro Einwohner. Im Vergleich zu 1995 (35,7 Mrd. CHF) sind die Gesundheitsausgaben damit um 70,5 % angestiegen. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) stieg im gleichen Zeitraum von 9,6 % auf 11,4 %. In Tab. 3.4 werden die Kosten nach Leistungserbringern, nach der Art der Leistungen und der Finanzierung aufgeschlüsselt. Direktzahlende sind die finanzierenden Wirtschaftseinheiten, denen die direkte Bezahlung der Leistungen obliegt.

Mehr als die Hälfte der Kosten (52,8 %) entfallen auf Krankenhäuser, Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen. Die ambulanten Versorger (ÄrztInnen, ZahnärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, Spitexdienste, alternativmedizinische Dienste, Laboratorien etc.) sind für insgesamt 30,5 % der Kosten verantwortlich. Die größte Gruppe innerhalb dieses Sektors sind mit 17,5 % die ÄrztInnen. Für Arzneimittel und therapeutischen Apparate werden 9,0 % der Kosten aufgewendet. Finanziert werden 40,8 % der Kosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Sozialversicherungen (Unfallversicherung UVG, AHV/IV¹⁴ und Militärversicherung). Die direkten Zahlungen der privaten Haushalte belaufen sich auf 30,0 %. Zum

¹⁴ AHV = Alters- und Hinterlassenenversicherung; IV = Invalidenversicherung

Tab. 3.4: Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens, gegliedert nach Leistungserbringern, Art der Leistungen und Finanzierung (2009).

Indikatoren der Gesundheitskosten		
Kosten des Gesundheitswesens in % des BIP	11,4%	
Gesundheitsausgaben pro Einwohner in CHF	7.833	
Kosten des Gesundheitswesens in Mrd. CHF	60.984	
Kostenaufteilung nach Leistungserbringern	Mio. CHF	%
Krankenhäuser	21.708	35,6%
Ambulante Versorger ¹	18.595	30,5%
Pflegeheime und andere sozialmedizinische Institutionen ²	10.488	17,2%
Kostenaufteilung nach Art der Leistungen		
Stationäre Behandlung	27.764	45,5%
Ambulante Behandlung	19.185	31,5%
Verkauf von Gesundheitsgütern ³	7.423	12,2%
Finanzierung (Direktzahlende)		
OKP und Sozialversicherungen ⁴	24.891	40,8%
Private Haushalte ⁵	18.307	30,0%
Staat ⁶	11.813	19,4%

BIP = Bruttoinlandsprodukt

1 ÄrztInnen: 10.692 Mio. CHF, ZahnärztInnen: 3.709 Mio. CHF; Spitex: 1.308 Mio. CHF

2 Pflegeheime: 7.936 Mio. CHF

3 Arzneimittelverkauf durch Apotheken und Drogerien: 4.243 Mio. CHF; Arzneimittelverkauf durch ÄrztInnen: 1.937 Mio. CHF

4 OKP: 21.383 Mio. CHF

5 Out of Pocket: 14.881 Mio. CHF; Kostenbeteiligung OKP (Franchisen und Selbstbehalt): 3.382 Mio. CHF

6 Kantone: 9.940 Mio. CHF

größten Teil sind es *Out of Pocket*-Zahlungen für Leistungen, die nicht von den Versicherungen abgedeckt werden.

Die vom schweizerischen Gesundheitssystem angebotenen Leistungen werden in Abhängigkeit von Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Sprachregion unterschiedlich in Anspruch genommen. Frauen tendieren stärker zu präventiven und komplementärmedizinischen Maßnahmen als Männer. Notfallkonsultationen sind dagegen bei Männern häufiger als bei Frauen. Personen mit hohem Bildungsstatus nehmen öfter Leistungen von FachärztInnen in Anspruch, während Spitalaufenthalte häufiger bei weniger gebildeten Personen vorkommen. Ärztliche Konsultationen sind in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz häufiger als in der Deutschschweiz. Bei Personen mit Migrationshintergrund kommt es öfter zu Konsultationen, Spitalaufenthalten und Notfallkonsultationen als bei Schweizern. Schließlich ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Ballungszentren höher als in ländlichen Gebieten.